

令和5年度 熊本県介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書（☐ 確定した証明・☐ 見込による証明）

※ 証明書が確定分・見込分のどちらか ☐ にレ点を付けてください。
※ 下記、従事期間の終了日欄が証明日を超える場合は、☐ にレ点
が無くても「見込による証明」とみなします。

一般財団法人 保健福祉振興財団 様

下記の者の実務経験について、以下の通り証明します。

なお、下記に記載した内容は、事実に基づいて記載したことを誓約します。

（必ず、『受験申込案内』の入力要領・入力例をよく読んでご記入ください。）

◆証明対象の受験申込者情報

フリガナ			証明日	令和 5年 月 日
氏 名	姓	名	昭和・平成	生年月日
			年 月 日 生	

◆証明者

法人等	法人等 団体名				代表者印
	代表者	役 職	氏 名		
	住 所	〒 —			
担当者	証明書 作成 担当者	役 職	フリガナ		認印
			氏 名		
	電話番号	—			
	Eメール アドレス	@			

◆証明する実務経験

施設・事業所	名 称	※ 同一法人であっても、勤務先施設・事業所や職種が異なる場合は、施設・事業所や職種ごとに証明書を発行してください。				
	住 所	〒 — ※ 法人（本部等）の住所ではなく、実際に実務に従事している（していた）施設・事業所の住所を記入してください。				
	勤務先 コード	K			介護保険・障害福祉 サービス事業所番号	
業 務	区 分	業務コード		登録年月日	職種名	
	A. 法定資格に基づく業務	G		昭和 平成 令和 年 月 日		
	B. 施設等において必置と されている相談援助業務	G		—		
	※ いずれかに○ ※ 別表A・Bをも とにコードを記入					
実務経験 ※ 該当業務に 従事した 期間を記入 （雇用期間 ではありません）	主な業務内容 ※ 1つを選択して該当する番号を記入。 要援助者に対する直接的な対人援助である、 1. 心身の状況に応じた介護業務 2. 相談援助に係る業務 3. 看護、准看護に係る業務 4. 診療等に係る業務 5. 機能訓練に係る業務 6. 施術等に係る業務 7. その他の業務 ※ 研究業務等、直接的な対人援助ではない業務は含まれません。 (具体的な業務内容)					
	期 間(年月日)					
	休業等 の期間	病休・ 育休等	昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日	① 年 月 日 ~ ② 年 月 日	③ 日	
	産前産後 休暇		昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日	—	③ 日	
			昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日	※ ①を除く 年 月 日	※ ②・③を除く 日	
注 意 ※ 【別表A】法定資格に基づく業務は、当該資格登録日以降に従事期間（開始日）となります ※ 「見込による証明」の場合、最長の従事期間（終了日）は試験日前日（令和5年10月7日（土））までです。						

- ★ 注意事項 ★
- ・ 受験申込者本人が作成した証明書は、無効です。必ず、法人等団体の証明権限を有する方が作成してください。
 - ・ 「見込による証明」を提出した場合、令和5年10月31日（火）＜必着＞までに「確定した証明」を提出してください。

本受験申込みで知り得た個人情報は、本試験関連業務以外には使用しません。